

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE: DEMANDAS E DESAFIOS NO CONTEXTO DA COVID-19

SOCIAL WORK IN THE MULTI-PROFESSIONAL HEALTH TEAM: DEMANDS AND CHALLENGES IN COVID-19'S CONTEXT

ACCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN EL EQUIPO MULTIPROFESIONAL DE SALUD: NECESIDADES Y RETOS EN EL CONTEXTO DEL COVID-19

Jennifer Abílio Santana¹
Milena Gomes de Medeiros²

Resumo

O objetivo deste artigo é refletir acerca da atuação do serviço social na residência multiprofissional durante a pandemia da Covid-19. A partir da compreensão da residência multiprofissional em saúde como campo privilegiado de ensino na área, discutiremos as demandas sociais e profissionais do serviço social através de seu papel nas equipes multiprofissionais em saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência, resultante das vivências, atividades, ações assistenciais e socioeducativas realizadas no período da pandemia da Covid-19, bem como de pesquisas bibliográfica e documental.

Palavras-chave: residência multiprofissional; serviço social; pandemia da covid-19; educação em saúde.

Abstract

This article objective is to reflect on the social work's role in multiprofessional residencies in the Covid-19 pandemic. Based on the multiprofessional residency in health understood as a privileged field for teaching in the area, we will discuss social work's social and professional demands through its role in multiprofessional health teams. This is a qualitative, experience report study resulting from experiences, activities, care and social-educational actions carried out during Covid-19 pandemic's period, as well as from bibliographic and documentary research.

Keywords: multi-professional residency; Social Service; Covid-19 Pandemic; health education.

Resumen

El objetivo de este artículo es reflexionar acerca de la acción del trabajo social en la residencia multiprofesional durante la pandemia del Covid-19. Al concebirse la residencia multiprofesional en salud como campo privilegiado de educación en el área, discutiremos los requerimientos sociales y profesionales del trabajo social en su rol en los equipos multiprofesionales de salud. Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, del tipo relato de experiencia, producto de vivencias, actividades, acciones asistenciales y socioeducativas realizadas en el periodo de la pandemia del Covid-19, así como de investigación bibliográfica y documental.

Palabras-clave: residencia multiprofesional; trabajo social; pandemia del Covid-19; educación en salud.

¹ Assistente Social graduada pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Residente do Programa de Residência em Saúde do Adulto e do Idoso. Especialista em Gerontologia Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: jenniferabilio@hotmail.com.

² Doutora em Serviço Social pelo PPGSS da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (FSSO/UFAL). Tutora do Programa da Residência Multiprofissional de saúde do adulto e do Idoso/UFAL/HU.

1 Introdução

O ano de 2020 ficou marcado pela propagação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), cuja primeira aparição ocorreu em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Devido à alta taxa de transmissibilidade, espalhou-se rapidamente por países adjacentes e se alastrou pelo mundo. Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica, o novo coronavírus é descrito como: “Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global” (BRASIL, 2020, p. 7).

O Ministério da Saúde reconheceu o alto risco de transmissão comunitária da doença causada pelo coronavírus em 20 de março do referido ano em todo o território nacional. Em Alagoas, o Diário Oficial publicou o Decreto de n.º 69.541/20, que declara emergência no estado e intensificação das medidas para enfrentamento da pandemia. Decretou-se isolamento social, fechamento por tempo indeterminado de instituições e estabelecimentos não considerados de primeira necessidade, entre outras medidas instauradas por protocolos à sociedade, como obrigatoriedade do uso de máscaras, distanciamento e isolamento social e reforço à higienização de mãos e superfícies.

Numa busca por registros epidemiológicos da covid-19 no mundo, encontramos um elevado número de contaminados e de mortos. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde³, registraram-se mais de 23 milhões de casos de infecção e mais de 600 mil mortos. Em Alagoas, os números atingiram 247 mil casos e cerca de 6 mil agravamentos em que os pacientes foram a óbito.

Diante desse contexto, o serviço de saúde deparou a necessidade de reformulação da sua dinâmica, de modo que houve mudanças e reavaliação dos protocolos de segurança nos ambientes hospitalares para preservar a integridade física dos trabalhadores expostos ao vírus durante suas atividades (SILVA; SILVA; COSTA, 2020), além de resguardar usuários dos serviços de saúde e seus familiares.

O programa de residência multiprofissional havia iniciado há pouco menos de um mês e nos encontrávamos no período de acolhimento e conhecimento das práticas em saúde no ambiente hospitalar. Porém, com a decretação do estado de calamidade pública pelo novo coronavírus, houve alterações não somente na dinâmica da rotina hospitalar, mas também no desenvolvimento do programa de residência em saúde no hospital.

³ CORONAVÍRUS BRASIL. Painel Coronavírus. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 6 set. 2022.

As residências foram mantidas atuantes nos cenários de práticas, seguindo as alterações necessárias segundo os protocolos de biossegurança. No tocante à residência multiprofissional em saúde, no momento de maior complexidade e gravidade da pandemia, suspenderam-se as atividades multidisciplinares de educação em saúde e as visitas multiprofissionais nas enfermarias, além das aulas presenciais. A covid-19 trouxe a problematização do atendimento das demandas sociais identificadas, com novos desafios ao enfrentamento e exigência de novas estratégias para garantia dos direitos dos usuários.

As expressões da questão social e de saúde foram acentuadas com a crise econômica. Muitas famílias vivenciaram medo, isolamento social e desemprego. Devido ao alto risco de contágio pelo covid-19, empresas e negócios foram impedidos de funcionar com atendimento ao público. Muitas empresas fecharam as portas por não conseguirem sustentar o longo período de suspensão parcial ou total dos serviços. Logo, a população sofreu com aumento do desemprego, perda ou redução drástica da renda.

Por conta da intensificação da crise econômica durante o período da pandemia, o acesso aos serviços da política de Assistência Social por meio de programa de distribuição monetária — a exemplo, o auxílio-emergencial⁴, instituído e ampliado no período pandêmico para atenuar os efeitos da pandemia, e do Programa Bolsa Família, destinado ao atendimento de famílias que vivem em situação de pobreza — tornou-se uma demanda social com maior recorrência.

Destarte, o interesse pela temática partiu da experiência no cenário da clínica cirúrgica de um hospital universitário situado no Nordeste brasileiro, durante o período da pandemia da covid-19. Neste espaço vivenciei as mudanças no funcionamento da unidade com a suspensão das cirurgias eletivas, a diminuição do número de leitos, o revezamento das equipes de saúde, a suspensão do direito à visita para os pacientes internados, dentre outros ajustes adotados com base nos protocolos de segurança.

Do ponto de vista dos procedimentos metodológicos, trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência, resultante das vivências das atividades e ações assistenciais realizadas no período de setembro de 2020 a fevereiro de 2021 na Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário de médio porte na capital do estado de Alagoas, que atende, na atenção terciária do Sistema Único de Saúde (SUS), pessoas oriundas de todo o estado. O hospital possui um Centro de Alta Complexidade em Oncologia, entre outros serviços e possui uma unidade de Cirurgia Geral e outras especialidades.

⁴ “O Auxílio Emergencial é um programa de transferência monetária do governo federal, instituído em abril de 2020 como medida de política social para atenuar as consequências da profunda crise econômica decorrente da pandemia da covid-19 sobre os mais pobres, principalmente os desempregados e os trabalhadores do setor informal sem proteção social” (SILVA; SILVA; COSTA, 2020, p. 111).

A pesquisa qualitativa refere-se a uma investigação que foca nas experiências do sujeito, suas subjetividades e percepções, não se reduzindo a números, mas considerando os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 1994). Desta maneira, as modalidades de pesquisa utilizadas foram as documentais e as bibliográficas, que trouxeram reflexões à experiência da autora.

Neste estudo, utilizaram-se leis, portarias, decretos e resoluções acerca do programa de Residência Multiprofissional, bem como orientações e normas de protocolo de proteção contra covid-19, além dos aparatos normativos da profissão e das orientações do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2020) acerca da atuação do assistente social na pandemia.

No desenvolvimento do relato de experiência, em um primeiro momento, tratamos do funcionamento do programa de Residência Multiprofissional em Saúde durante a pandemia da covid-19 em um hospital universitário da capital alagoana, unidade formadora, da dinâmica de ensino da residência, além de abordar as medidas adotadas com bases nas resoluções e nos decretos para enfrentamento da pandemia da covid-19 e a experiência de atuação em equipe multiprofissional durante a pandemia. Por fim, discorreremos sobre a atuação do/a assistente social residente, bem como a respeito da problematização das demandas sociais e dos profissionais, acentuadas pela pandemia da covid-19.

A partir dessas reflexões, compreendemos como imprescindíveis os estudos relacionados ao assunto, porquanto é relevante a discussão das novas caracterizações das demandas socioeconômicas e os desafios à garantia do direito à saúde da população usuária dos serviços.

2 Desenvolvimento

2.1 A Residência Multiprofissional em saúde no contexto da pandemia da covid-19

A instituição da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) ocorreu com a promulgação da Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui a residência em área profissional da saúde. Conforme a Portaria n.º 45, o programa consiste na formação em saúde, em nível de pós-graduação, na modalidade de residência destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, voltada para o treinamento em serviço e sob orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, entre preceptores e tutores (BRASIL, 2008).

O programa de Residência em Saúde do Adulto e do Idoso a que se refere este estudo é oferecido por uma universidade pública federal na capital alagoana que, além do hospital

universitário, têm cenários de prática de unidades básicas de saúde do SUS, composto por quatro equipes multiprofissionais das seguintes áreas da saúde: serviço social, psicologia, nutrição, farmácia e enfermagem.

Com duração de dois anos⁵ de dedicação exclusiva, vivenciamos a experiência como residentes no primeiro ano (R1) no cenário das unidades de clínicas hospitalares: clínica cirúrgica e médica. Em nosso segundo ano como residentes (R2), apresentaram-nos os cenários ambulatoriais, a exemplo: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitária /Hospital Dia (UDIP/HD) e, na Atenção Primária à Saúde, Unidades Básicas de Saúde de Maceió que mantém parceria com o programa, a exemplo: uma Unidade Docente Assistencial (UDA).

Com base no Art. 2º, da Portaria n.º 1.077/09, os Programas de RMS são orientados por princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Alguns de seus eixos norteadores são: abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade; cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica do país; integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde; integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema, expressando o compromisso deste modelo de formação em saúde com o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

Com base nos eixos norteadores das RMS, a importância do trabalho em equipe multiprofissional contribui para assistência integral às necessidades de saúde da população no SUS, compreendendo que a atenção e assistência em saúde está relacionada ao entendimento da saúde como resultante das condições de vida e trabalho, visto que não há como entender o processo de saúde e doença partindo de um único referencial disciplinar (BRASIL, 2009).

Feitas essas considerações, cabe mencionar que a decretação do estado de pandemia aconteceu no início do ano da residência, durante nosso primeiro contato com o cenário hospitalar, quando nos encontrávamos no processo de acolhimento e familiarização com as demandas hospitalares. Naquele período, verificou-se a necessidade de reorganização da sociedade em suas relações sociais, bem como foram necessárias algumas readaptações da

⁵ A RMS dura 24 meses, com carga horária semanal de 60h, totalizando 5.760 horas de curso, distribuídas em 80% de atividades práticas e teórico-práticas e 20% em atividades teóricas de dedicação exclusiva (RESOLUÇÃO n.º 5, da CNRMS de 7 de novembro de 2014).

dinâmica da residência estabelecida nos anos anteriores, de maneira que o programa avançasse com o mínimo de prejuízo.

A distribuição dos cenários oferecidos pelo programa precisou sofrer modificações, mas mantiveram-se os cenários das clínicas médica e cirúrgica no primeiro ano do programa e, no segundo ano, os do CACON, UDIP/HD, bem como da unidade de atenção primária (UDA). Contudo, devido à situação pandêmica, no ápice da crise sanitária vivida, criou-se a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Covid, além de se estabelecerem a investigação e o controle de infecções e epidemiológico, como através do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), ambos para residentes do segundo ano.

A Resolução — SEI n.º 3, de 16 de dezembro de 2020, que regulamenta o período de contingenciamento e prevenção para o enfrentamento da COVID-19 no hospital, apresentou as normativas que deveriam ser adotadas às ações e atividades no hospital, como para manter o funcionamento das residências em saúde, médica e multiprofissional.

A pandemia também resultou em suspensão das visitas diárias aos usuários internados e das ações socioeducativas pelas equipes multiprofissionais nas enfermarias, além da instituição de revezamento das equipes multiprofissionais para diminuir o fluxo de profissionais dentro do hospital no período pandêmico. Também foram fornecidas orientações e ofertados equipamentos de uso individual (EPIs) para paramentação obrigatória dentro do hospital, como máscaras, toucas, luvas, capote, etc. Além disso, suspenderam-se as aulas presenciais, substituídas pela modalidade de ensino remoto.

Com base na resolução supracitada, as medidas de protocolo de segurança no hospital também foram intensificadas. No primeiro momento, houve o afastamento de profissionais que apresentavam sintomas gripais e daqueles que se enquadravam no grupo de risco para a covid-19 (pessoas com idade superior a 60 anos ou que apresentavam doença crônica com risco para desenvolvimento de quadros graves de covid-19). Posteriormente, uma alteração na portaria determinou que profissionais do quadro de assistência à saúde retomassem suas atividades no hospital, e apenas as unidades que assistiam a pacientes com covid-19 foram preservadas da atividade direta.

No hospital em destaque, o cenário de que trata este estudo é a unidade de cirurgia geral e demais especialidades, destinada à preparação e ao acompanhamento pré e pós-operatórios dos pacientes, em 26 leitos disponíveis para atendimento das especialidades cirúrgica geral, oncológica, ginecológica, nefrológica, entre outras. No entanto, no período em que ocorreu nosso estágio, observou-se redução significativa no número total de leitos, com as cirurgias

eletivas adiadas e ênfase na oferta de cirurgias oncológica devido à urgência e pelo fato de o hospital ter um CACON em funcionamento.

Entre as mudanças feitas para reorganização do atendimento na clínica cirúrgica, a troca de acompanhantes ficou restrita a familiares com idade entre 18 e 60 anos, sem sintomas gripais e fora do grupo de risco para covid-19. As cirurgias eletivas, não caracterizadas como urgências, foram adiadas, considerando que procedimentos cirúrgicos podem acelerar ou agravar a progressão da covid-19.

O cenário de clínica cirúrgica, apesar de meu segundo, na distribuição do primeiro ano, foi o primeiro de atuação, pois, ao iniciar a RMS, necessitei requerer a licença maternidade, vivenciando o início do ápice da pandemia da covid-19 em afastamento das atividades de residência.

No tocante ao período em que vivenciei a experiência na clínica cirúrgica, as mudanças adotadas no período inicial da pandemia foram flexibilizadas em relação às visitas multiprofissionais e ao cumprimento da carga horária efetiva, considerando a situação de estabilidade do surto de covid-19 naquele momento. Desta forma, tornaram-se diárias, em equipe multiprofissional, seguindo as medidas do protocolo de segurança para acompanhamento das condições clínicas e sociais dos usuários e familiares.

As demais medidas de proteção prevaleciam e ainda havia insegurança e medo a respeito da contaminação pelo vírus, tanto dos profissionais quanto dos usuários, familiares e/ou acompanhantes. Durante as visitas, o receio de estar vivenciando a pandemia dentro de um ambiente hospitalar ainda era muito presente. Para além do medo por questões reais próprias do risco de contaminação pelo vírus, as notícias falsas — disseminadas largamente em redes sociais, grupos de mensagens e mídia —, prestavam um desserviço à comunidade e geravam uma forte onda de desinformação e negacionismo sobre a gravidade da pandemia.

Por esse motivo, foram imprescindíveis os reforços feitos durante as visitas multiprofissionais às enfermarias por meio de ações direcionadas para este fim: sensibilizar os usuários e acompanhantes quanto a importância de prevenção e combate ao vírus com o uso correto das máscaras, higienização das mãos, e orientação para que se evitasse tocar em superfícies não higienizadas, entre outras medidas. Estas ações eram realizadas nas enfermarias, mantendo-se o distanciamento necessário entre usuários internados, acompanhantes e profissionais.

Seguindo as recomendações sanitárias, avaliou-se positivamente, com a equipe multiprofissional da clínica cirúrgica, a retomada de ações alusivas às datas comemorativas, como natal e carnaval, respeitando-se o distanciamento social e sem aglomeração, com o intuito

de favorecer momentos de esperança e alegria em um contexto desfavorável a tais sentimentos. As ações também tinham o objetivo de defender a ciência e o direito à vacinação considerando-se que vivíamos um momento de forte negacionismo científico e resistência à compra de vacinas.

As ações foram realizadas pelos residentes da RMS supervisionados pela assistente social preceptora da clínica. Para tanto, utilizaram-se recursos como a caracterização dos profissionais no momento da ação e uma caixa de som para tocar músicas características das datas durante o percurso pelo corredor da enfermaria, com entrada de no máximo 3 profissionais da equipe.

A rotina do trabalho multiprofissional incluía visitas diárias aos usuários em seus leitos nas enfermarias, como ferramenta de acolhimento do paciente e seu acompanhante. Nesses momentos, fazíamos a admissão do usuário por meio de escuta qualificada e questionário estruturado para levantamento de dados acerca dos determinantes sociais de saúde, além de aspectos biomédicos e psicossociais que colaborassem para compreensão de suas necessidades.

As reuniões multiprofissionais entre a equipe da RMS ocorriam após as visitas, a fim de revisar os resultados do levantamento e elaborar planos terapêuticos para cada usuário. Também era recorrente nossa participação, com os preceptores, nas reuniões da equipe de saúde das clínicas, que fazem parte do modelo assistencial adotado pelo hospital, para discussão dos casos clínicos com maiores demandas multiprofissionais. Em tais reuniões, selecionavam-se para discussão os casos de maior complexidade, que precisavam de atendimento urgente para viabilização da alta hospitalar segura.

Segundo Paiva *et al.* (2019), o trabalho multiprofissional remete à “garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas” e ao compromisso com o constante aprimoramento intelectual (CFESS, 1993, p. 24). Ressalta-se que as ações de saúde devem acontecer segundo uma perspectiva interdisciplinar para atender a todas as necessidades da população. Com base nesta afirmativa, para o Serviço Social, a interdisciplinaridade está em consonância com os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Assistente Social (CFESS, 1993).

Portanto, o trabalho em equipe multiprofissional nas residências em saúde atende ao princípio da integralidade na saúde, visando a satisfação das necessidades dos usuários em todos os âmbitos das atuações profissionais. Considerando o contexto pandêmico, onde há aumento de perdas — de pessoas, de renda, de saúde, de segurança, etc. —, a partilha no tratamento e cuidado em todos os âmbitos torna a assistência e o cuidado em saúde mais qualificado e humanizado.

Ao longo de nossa vivência, verificou-se a importância do trabalho multiprofissional durante todo o período da pandemia, sendo este um agravante para as demandas existentes, considerando que o estado de calamidade pública, as crises sociais e econômicas decorrentes da covid não excluem as demandas eminentes, frutos da crise estrutural do capitalismo⁶.

Cabe aqui salientar sobre a crise estrutural da lógica capitalista, com base nos estudos de Bezerra e Medeiros (2021, p. 55), que traz para nossa reflexão a seguinte assertiva:

Apesar da ampla gama de problemas que a humanidade enfrenta no contexto da pandemia, não se pode deixar de anotar que tais expressões da questão social são de ordem estrutural e, portanto, fazem parte de uma cadeia mistificadora de contradições que mantém intocável a estrutura desumanizante do sistema do capital. Torna-se alarmante a ideia de que a chamada “crise da pandemia” está sendo considerada como causa da crise do emprego e da miséria, maquiando as evidências dos defeitos destrutivos da ordem do capital.

Cabe salientar que, segundo Matos (2020), desde a implementação do projeto neoliberal⁷ no Brasil, a partir dos anos 1990, com suas estratégias governamentais de redução do Estado e reestruturação produtiva, aumentou a precarização das condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora gradualmente afastada das possibilidades de trabalho com algum direito, havendo um incremento exponencial do trabalho informal.

Matos (2020) salienta que esse estrato da sociedade, desfavorecido pela lógica do capital, representa a maioria da população atendida pelo Serviço Social nos serviços de saúde. O autor afirma que, em tempos do necessário isolamento social para o enfrentamento da pandemia, estarão esses sujeitos mais vulneráveis para garantirem sua reprodução.

A pandemia da covid-19 intensificou a crise econômica estrutural. Com a proibição do funcionamento dos serviços considerados não essenciais durante a quarentena, diversos serviços fecharam as portas, indivíduos e famílias ficaram tiveram o sustento e a saúde comprometidos, necessitando de acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), aos programas de distribuição de renda do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como o auxílio-emergencial e o bolsa-família.

⁶ Com base em Mészáros (2000, p. 14), a crise estrutural do capital é a séria manifestação do encontro do sistema com seus próprios limites intrínsecos. A crise estrutural é entendida como uma crise cujas implicações afetam “o sistema do capital global não simplesmente sob um de seus aspectos – o financeiro/monetário, por exemplo —, senão em todas suas dimensões fundamentais, questionando sua viabilidade como sistema reprodutivo social no todo” (PANIAGO, 2010 apud MÉZÁROS, 2002, p. 100).

⁷ O neoliberalismo refere-se à retomada, de forma intensa, do ideário liberal, o qual apregoa a liberdade dos mercados e sua autorregulação, ou seja, a não interferência do Estado na economia. O projeto neoliberal defende a retração da intervenção do Estado no campo social. Entre suas características principais, destacam-se a privatização de empresas estatais, a desregulamentação dos mercados (de trabalho e financeiro), e a transferência de parcelas crescentes da prestação de serviços sociais – tais como saúde, educação e previdência social – para o setor privado. Essas medidas concretas contribuíram para difundir a tese do Estado mínimo e “enxuto”, que teria entre suas metas uma política de “austeridade fiscal”. (GALVÃO, 2008, p. 149).

Trataremos, no próximo tópico, de apontamentos sobre a atuação do/a assistente social residente diante dos desafios da covid-19 à assistência à saúde na clínica cirúrgica do HUPAA, visto que o/a assistente social, em sua prática profissional, tem nas expressões da questão social o objetivo de sua atuação, através da leitura da realidade socioeconômica e cultural do usuário e família, contribuindo para os atendimentos das demandas imediatas da população (CFESS, 1999). É necessária atualização da atuação profissional para que permaneça consonante com o Código e o Projeto Ético-Político da Profissão e em defesa do SUS constitucional.

2.2 A atuação do Serviço Social frente aos desafios da Covid-19: alguns apontamentos

O serviço social é uma profissão que se particulariza nas relações de produção e reprodução da vida social. De caráter interventivo, tem nas expressões da questão social seu objeto de intervenção, compreendidas como conjunto das desigualdades que se expressam através das determinações econômicas, políticas e culturais que impacta na classe trabalhadora nas sociedades capitalistas (IAMAMOTO, 2002).

Segundo Mota (2013), o serviço social não se limita ao caráter interventivo, pois tem função ideopolítica, prática e intelectual, mediadora do processo de produção e de reprodução social através da construção de metodologias, de práticas, e através da elaboração de proposta de enfrentamento das sequelas da pobreza e da desigualdade, por um mandato das classes dominantes (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008 apud MOTA, 2013).

Com base na Resolução do CFESS de n.º 383/99, o assistente social é caracterizado como profissional da saúde, considerando sua atuação sobre a percepção da totalidade, fundada numa perspectiva crítica que compreende a relação do processo saúde-doença a partir da compreensão e de estratégia de superação dos indicadores determinantes/condicionantes de saúde.

O direito à saúde está expresso na Constituição Federal de 1988, que aborda o conceito de saúde a partir do tripé *seguridade social, direito de todos e dever do Estado*, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988, art. 196).

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e uma concepção ampliada de saúde, relacionada e resultante de fatores sociais, discriminados como determinantes e condicionantes de saúde, tais como “a alimentação, a moradia, o

saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, art. 3.º).

A concepção ampliada da saúde ressalta a relação saúde-doença com os meios externos e o acesso a serviços sociais básicos. Ou seja, além dos determinantes patógenos, importa compreender a relação da saúde com os determinantes sociais. Isto contribui para romper com o modelo biomédico que entendia a saúde pela perspectiva da ausência de doença, restringindo o conceito à inexistência de agravo causado por patógeno, sem relação com o ambiente físico e social em que o sujeito está inserido (SANTOS; WESTPHAL, 1999 apud UFSC, 2018).

A compreensão e identificação dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença é o objetivo norteador do fazer profissional do assistente social na saúde, além da elaboração de estratégias para superação dessas questões (BRAVO; MATOS, 2004).

Com base nas defesas de Bravo e Matos (2004), o trabalho do assistente social na saúde deve articular e estar em consonância com os princípios dos projetos de reforma sanitária e ético-político da profissão para que o profissional, de fato, ofereça respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários da saúde.

Partindo da concepção da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) como importante modalidade de formação qualificada para os trabalhadores da saúde, com base em Castro, Dornelas e Zschaber (2019), a RMS é uma estratégia de qualificação profissional que compreende uma dinâmica com potencial transformador de práticas hegemônicas, consonantes aos princípios e às diretrizes do SUS.

A residência multiprofissional para o Serviço Social representa uma estratégia de qualificação profissional, mesmo com as inflexões intensificadas pela pandemia da covid-19, o assistente social é inserido em equipe multiprofissional e apresentado aos níveis da atenção à saúde através da inserção e discussão teórico-prática nos cenários propostos pela residência. Cabe salientar que essa proposta está respaldada nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, no Código de Ética do Assistente Social de 1993, nos parâmetros de atuação do assistente social na política de saúde e demais regulamentações da profissão (CASTRO; DORNELAS; ZSCHABER, 2019).

Conforme Raulino *et al.* (2016, p. 10):

A inserção do serviço social nas residências multiprofissionais é compreendida tanto como uma ampliação dos espaços sócio-ocupacionais do profissional como de aperfeiçoamento e qualificação de sua prática. O cenário de atuação é fomentado levando em consideração os princípios da integralidade, intersetorialidade e

interdisciplinaridade, os quais são imprescindíveis para uma ação que potencialize a cidadania e ofereça respostas aos usuários de forma qualificada e humanizada.

Em situações de calamidade pública como a vivenciada na pandemia da covid-19, o Código de Ética do/a Assistente Social, em seu artigo 3, inciso d, determina como dever do profissional: “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades” (CFESS, 2012). Mas, como a atuação do assistente social na residência pode contribuir para atendimento das demandas sociais problematizadas pela pandemia?

Ao exercício do serviço social, de suas competências e atribuições profissionais para atendimento direto ao usuário na clínica cirúrgica, com base nos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde (2010), cumpre democratizar orientações sobre a rotina institucional, tarefa intensificada durante o período pandêmico devido às mudanças no fluxo da clínica a respeito das medidas de proteção sanitárias.

As visitas multiprofissionais são intervenções de rotina na clínica, suspensas durante a pandemia para conter a transmissão do coronavírus. O objetivo da visita é o acolhimento ao usuário, identificando demandas que necessitem de resposta do serviço social, a exemplo da recorrente necessidade de orientações sobre o acesso a direitos, tais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o auxílio-doença por incapacidade temporária, a aposentadoria por incapacidade permanente, o Cadastro Único, o Sad, e, devido à pandemia, o auxílio-emergencial⁸.

O assistente social, com base na abordagem realizada com usuário e/ou acompanhante, constrói o perfil socioeconômico do usuário, identificando a realidade em que se encontra inserido. A partir da complexidade das necessidades indicadas por essas informações, o profissional deve elaborar estratégias e intervenções para viabilização do acesso às redes socioassistencial do SUAS, de atenção à saúde no SUS, de atenção psicossocial, além dos serviços das demais políticas setoriais e da justiça.

Com a pandemia da covid-19, houve necessidade de realizarmos busca ativa entre as redes de serviços públicos para aprendermos sobre os novos fluxos de funcionamento — que alteraram horários de atendimento, agendamentos e números para atendimento remoto — com o objetivo de compartilhar com os usuários informações claras e correspondentes à conjuntura

⁸ Estabelecido pela Lei n.º 13.982, de 2 de abril de 2020. O auxílio emergencial teve como principal objetivo promover a proteção social emergencial no período pandêmico de enfrentamento à covid-19 através da distribuição de renda direcionada aos microempreendedores individuais (MEI), trabalhadores autônomos e informais, desempregados e inscritos no Cadastro único beneficiários do Programa Bolsa Família.

atual. Para tanto, foi fundamental compartilhar informações entre as residentes de serviço social e preceptoria.

Seguindo a Resolução — SEI n.º 3, de 16 de dezembro de 2020, as visitas aos usuários internos na clínica, antes regulares, foram suspensas, cabendo ao serviço social, em casos excepcionais, autorizar por expresso a visita de familiar ao leito. Tal restrição tornou muito recorrentes as solicitações de visitas. Para isso, com base no acompanhamento diário do usuário, em acordo com a equipe multidisciplinar, realizávamos uma avaliação da necessidade da liberação de visita para o usuário conforme a situação de saúde e o tempo prolongado de internação naquela clínica. Quando liberada a visita, em caso excepcional, orientávamos acerca da importância de respeitar o protocolo sanitário contra covid-19 e síndromes gripais, o que incluía uso de máscara e higienização das mãos, além do respeito ao distanciamento social, sendo recomendado o tempo máximo de 15 min de duração à visita.

As demandas recorrentes na clínica — como por acesso aos serviços de saúde após alta hospitalar, acompanhamento pelo Programa Saúde da Família (PSF) do território, judicialização de medicação, orientações para viabilização de acesso ao Cadastro Único, Benefício de Prestação Continuada (BPC) e ao Programa Bolsa Família — foram burocratizados em virtude das restrições da pandemia, que afetou o funcionamento dos órgãos responsáveis, e, conseqüentemente, o atendimento das respostas às demandas, intensificadas durante a pandemia e a situação de desemprego e agravo da saúde.

Cabe destacar que o fechamento de setores no contexto pandêmico trouxe restrições de horários, diminuição do corpo técnico e profissional, bem como dificuldade de acesso aos serviços públicos, tornando as estratégias de atuação mais precarizadas no tocante à viabilização do acesso aos direitos sociais. Vivenciamos um ano atípico para a RMS. Estávamos em pandemia há seis meses, desde o decreto nacional sobre a doença. A atuação do serviço social na clínica nos apresentou a questões além das limitações estruturais decorrentes da conjuntura neoliberal e relativas à dificuldade de acesso a direitos.

Portanto, foi necessário, além de referendarmos as orientações realizadas pelas autoridades sanitárias de saúde pública — como, por exemplo, sobre o uso correto de EPIs em todos os atendimentos —, refletirmos acerca do papel do assistente social nos serviços de saúde em estado de calamidade pública, baseados nos referenciais para o trabalho do serviço social e nas notas técnicas dos conselhos da profissão (CFESS – CRESS) sobre o exercício profissional diante da pandemia do coronavírus, como, por exemplo, em relação ao atendimento de porta aberta para flexibilização do processo, de modo a proteger o profissional e o usuário da contaminação pelo vírus.

Vivenciamos um período em que as expressões da questão social foram acentuadas pela crise econômica e suas respostas problematizadas. Foi preciso atualizar o conhecimento para desenvolver a RMS em consonância ao Código e o Projeto Ético-Político da Profissão e aos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, bem como aperfeiçoar profissional e cientificamente os/as residentes, resultando em melhoria e qualificação da assistência à saúde.

3 Considerações finais

O cenário mundial de pandemia desencadeado pelo vírus da covid-19 trouxe à sociedade brasileira a necessidade de readequação das dinâmicas sociais e de saúde, de modo que foi necessário adotar medidas de protocolos de biossegurança para enfrentamento do vírus que se alastrou pelos continentes, devido ao alto potencial de contaminação, alcançando todas as parcelas das classes sociais e reforçando a vulnerabilidade das classes subalternizadas pela lógica capitalista.

O contexto da pandemia exigiu do assistente social um novo olhar sobre a criação de estratégias profissionais de atendimento para uma realidade social vulnerabilizada pelo estado de pandemia, que necessitou de readequação dos serviços públicos e privados, cabendo aqui salientar que, em decorrência das restrições dos funcionamentos de setores públicos, com a diminuição do corpo técnico e profissional, as limitações de horários e atendimentos remotos intensificaram a precarização do acesso aos direitos, fossem previdenciários, de saúde, da assistência social e até institucionais, como a diminuição do direito a visitas, por exemplo.

Ressalto que as medidas de protocolo de segurança são de total relevância no cenário pandêmico e devem ser seguidas rigorosamente para proteção da saúde dos profissionais, dos usuários e da comunidade. Porém, no campo das garantias do acesso aos direitos, o estado de pandemia colaborou com o distanciamento das efetivações dos direitos sociais.

A atuação do/a assistente social com a equipe multiprofissional é direcionada por princípios de integralidade do SUS e por uma concepção ampliada de saúde, configurando-o como profissional que contribui com uma leitura crítica dos determinantes e condicionantes de saúde na viabilização do acesso aos direitos sociais.

O trabalho do assistente social tem, nas expressões da questão social, o objeto do seu exercício profissional. No âmbito da saúde — principalmente em estado de calamidade pública, ocasionada pela pandemia da coronavírus, que intensificou crises sociais, econômicas e de

saúde —, caracteriza-se como profissional com qualificação técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-político para lutar pela garantia do acesso aos direitos sociais.

A experiência na clínica cirúrgica possibilitou vivência do período de pandemia no âmbito hospitalar, em que presenciamos as mudanças dos fluxos na rotina hospitalar, com diminuição dos leitos das enfermarias, suspensão das cirurgias eletivas, restrições do direito à visita durante internação, de atividades coletivas socioeducativas, etc.

Sobre a atuação do serviço social no cenário da clínica aqui mencionada, vivenciamos a problematização das respostas às demandas intensificadas pelo impacto social da covid-19, com a burocratização do acesso aos direitos. Diante disto, foi necessário atualizar práticas profissionais para elaborar estratégias de redução das dificuldades relativas à viabilização de direitos à assistência médica, acentuadas pela pandemia de covid-19.

Visamos a democratização de informações claras e precisas da rede de contrarreferência por meio de busca ativa sobre instituições e órgãos públicos, avaliação de casos excepcionais entre os usuários internados para liberação de visitas a pedido, e os reforços junto aos usuários e familiares acerca da relevância do respeito às medidas do protocolo de segurança contra a covid-19 no ambiente hospitalar e na comunidade.

Diante do relato compartilhado, apesar das desafiadoras implicações da pandemia à dinâmica das residências, ao trabalho em equipe multiprofissional e ao exercício profissional do serviço social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a vivência foi oportuna e enriquecedora, de relevância pública na luta pelo atendimento qualificado e humanizado no SUS, ao lado dos profissionais em exercício na conjuntura da pandemia.

Referências

BELARMINO, A. C. *et al.* Práticas colaborativas em equipe de saúde diante da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, 2020. Suplemento 6.

BEZERRA, A. L. S.; MEDEIROS, M. G. Serviço Social e Crise Estrutural do Capital em Tempos de Pandemia. **Temporalis**, Brasília, ano 21, n. 41, p. 53-69, jan./jun. 2021.

BRASIL. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Para Entender a Gestão do SUS 2011). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012. Disponível em: http://www.cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2010/08/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Decreto n.º 69.541, de 20 de março de 2020. Declara a situação de emergência no Estado de Alagoas e intensifica as medidas para enfrentamento da emergência de Saúde Pública de importância internacional decorrente do Covid – 19 (Coronavírus) no âmbito do Estado de Alagoas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 mar. 2020. Disponível em: <http://www.procuradoria.al.gov.br/legislacao/boletim-informativo/legislacao-estadual/DECRETO%20N-a6%2069.541-%20DE%2020%20DE%20MAR-cO%20DE%202020.pdf/view?searchterm=>. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, ano 128, n. 182, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada** [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n.º 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Portaria Interministerial n.º 506. Altera o art. 1o- da Portaria Interministerial no-45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, n. 19, Brasília, DF, p. 12, 24 abr. 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Resolução n.º 5, CNRMS. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, n. 217, Brasília, DF, p. 34, 7 nov. 2014. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRMS-05-2014-11-07.pdf>. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n.º 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Portaria Interministerial n.º 1.077/09. Institui diretrizes para o credenciamento de programas e determina a composição da CNRMS. **Diário Oficial da União**: seção, n. 217, Brasília, DF, p. 7, 13 nov. 2009. Disponível em: https://www3.semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Portaria n.º 580, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo — Residentes na área de Saúde”, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 75, 30 mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-580-de-27-de-marco-de-2020-250191376>. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Resolução CFESS n.º 383/99, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 29 mar. 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao38399.pdf>. Acesso em: 2 set. 2022.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. *et al.* (org.). **Serviço Social e saúde**. Rio de Janeiro: Uerj, 2004. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>. Acesso em: 2 set. 2022.

CARDOSO, G. L.; COSTA, L. V. S. Residência Multiprofissional em Oncologia e Serviço Social: Tendências e Desafios em Tempos de Pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio Janeiro, v. 66, e-1131, 1.º out. 2020.

CASTRO, M. M. C.; DORNELAS, C. B. C.; ZSCHABER, F. F. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: concepções, tendências e perspectivas. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 460-481, ago./dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27114/19920>. Acesso em: 2 set. 2022.

CLOSS, T. T. Inserção do Serviço Social nas residências multiprofissional em atenção básica: formação em equipe e integralidade. In: BELLII, M. I. B.; CLOSS, T. T. (orgs.). **Serviço Social, residência multiprofissional e pós-graduação**: a excelência na formação do assistente social. Porto Alegre. EdIPUCRS, 2012. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/473/1/426179.pdf>. Acesso 2 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Atribuições privativas do(a) Assistente Social em questão**. 1. ed. ampl. Brasília (DF): CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>. Acesso em: 2 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, DF: CFESS, 1993. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Nota do CFESS**: orientações sobre o exercício profissional diante da pandemia do Coronavírus (COVID-19). 23 mar. 2020. (Conjuntura e Impacto no Trabalho Profissional). Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 25 abr. Acesso em: 2 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão**. Brasília (DF): CFESS, 2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-BrochuraResidenciaSaude.pdf>. Acesso em: 2 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução n.º 383**, de 29 de março de 1999. Caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde. Brasília, DF: CFESS, 1999. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução n.º 493/2006**. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Brasília, DF: CFESS, 2006. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

CRESS-ES. Valorização do Serviço Social em tempo de pandemia. **CRESS-ES, 17.ª Região**, 29 mai. 2020. 9 h. Destaque. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/valorizacao-do-servico-social-em-tempo-de-pandemia/>. Acesso em: 10 out. 2022.

GALVÃO, Andréia. O neoliberalismo na perspectiva marxista. **Revista Crítica Marxista**, Campinas, edição 1, n. 27, p. 149-156, 2008. Disponível em: https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/Revista_critica%20marxista_27.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e trabalho dos Assistentes Sociais na Atualidade**. Atribuições privativas do (a) Assistente Social em questão. Brasília: CFESS, 2002. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2022.

MATOS, M. C. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 2 set. 2022.

MÉSZÁROS, István. A Crise Estrutural do Capital. Trad. Álvaro Bianchi. **Revista Outubro**, [S.l.], ed. 4, fev. 2000. Disponível em: <http://outubrorevista.com.br/a-crise-estrutural-do-capital/>. Acesso em: 2 set. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social brasileiro: profissão e área de conhecimento. **Revista Katályses**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 17-27, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/9kN3x6tySLZWBNGKsHk4rbS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

OKUMOTO, O.; BRITO, S. M. F.; GARCIA, L. P. A Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília (DF), v. 27, n. 3, 2018.

PAIVA, S. P. *et al.* O serviço social e o trabalho em equipe multiprofissional nas residências em saúde: estado da arte. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 19, n. 2, p. 482-497, 2019.

PANIAGO, Maria Cristina Soares. **A Crise Estrutural do Capital, os Trabalhadores e o Serviço Social**. Maceió: Edufal, 2010. (Crise Contemporânea e Serviço Social). Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/3XIOL807h05Zp51XR6H7.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

RAULINO, A. B. *et al.* O Processo de Inserção do Assistente Social na Residência Multiprofissional em Oncologia. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS (CBAS)*, 15., 2016, Olinda. **Anais [...]** Olinda: CBAS, 2016.

SILVA, R. C. M.; SILVA, M. C. M.; COSTA, C. R. B. Segurança do trabalho no ambiente hospitalar frente à pandemia da COVID-19. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 18, n. 65, p. 29-39, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde. **Regimento Interno da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde**. fev. 2019. Disponível em: <https://ufal.br/estudante/pos-graduacao/residencia/multiprofissional/regimento-interno-dos-programas-multiprofissionais-em-saude>. Acesso em: 2 set. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA(UFSC). A Concepção de saúde e a organização da atenção básica. Apostila do Núcleo Telessaúde. Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br>. Acesso em: 16 fev. 2022. p.